

Sozialwissenschaftliche Längsschnittanalyse der Auswirkungen des DRG-Systems auf den pflegerischen und medizinischen Dienstleistungsprozess und die Versorgungsqualität im Krankenhaus

Antrag an die Hans-Böckler-Stiftung

Bernard Braun (ZeS)

Hagen Kühn (WZB)

Berlin/Bremen, 10. Juli 2003

1 Allgemeine Angaben

1.1 Antragsteller

Dr. Bernard Braun, geb. 1949, geschieden
Zentrum für Sozialpolitik Universität
Bremen

PD Dr. Hagen Kühn, geb. 1943, verheiratet
Arbeitsgruppe Public Health
Wissenschaftszentrum Berlin

Korrespondenzadresse:
Dr. Bernard Braun
Zentrum für Sozialpolitik
Parkallee 39
D 28209 Bremen
Tel.: +49 421 218 4359
Fax: +49 421 218 7544
E-Mail: bbraun@zes.uni-bremen.de

1.2 Vorgesehene Projektleitung

Die Projektleitung erfolgt durch die Antragsteller.

1.3 Vorgesehene Projektbearbeitung

Die Mitarbeiterstellen zur Projektbearbeitung werden ausgeschrieben. Beide antragstellenden Institute sind mittelführende Stellen.

1.4 Antragstitel

Sozialwissenschaftliche Längsschnittsanalyse der Auswirkungen des DRG-Systems auf den pflegerischen und medizinischen Dienstleistungsprozess und die Versorgungsqualität im Krankenhaus

1.5 Kurztitel

Arbeitsprozesse und Versorgungsqualität im Krankenhaus unter DRG-Bedingungen

1.6 Forschungsförderungsschwerpunkt

Die Fragestellung dieser Untersuchung beschäftigt sich mit Problemen, die in zwei der Forschungsförderungsschwerpunkte der Stiftung angesprochen und bearbeitet werden: Zum einen geht es um den **Wandel** der Qualität einer als besonders zukunftsfähig gehaltenen Art von **Erwerbsarbeit** nämlich der personalen Dienstleistungsarbeit durch sich wandelnde materielle und inhaltliche Rahmenbedingungen. Zum zweiten handelt es sich bei der Implementation von DRGs um die seit Jahrzehnten bedeutendste Strukturveränderung eines der größten Teilsektoren der sozialstaatlichen Gesundheitsversorgung und damit auch ein Thema aus dem Bereich "**Zukunft des Sozialstaats**". Der Verlauf dieses staatlich induzierten Wandlungsprozesses wird wichtige Erkenntnisse über die zukünftigen Möglichkeiten sozialstaatlicher Regulierung und qualitätssichernder Interventionen wichtiger Felder der gesundheitlichen Versorgung zu Tage fördern.

1.7 Bezüge zur Genderperspektive/-forschung

In diesem Forschungsvorhaben soll die Veränderung der beruflichen Selbstverständnisse, Sicht- und Handlungsweisen und der Arbeitsbedingungen von Pflegenden und Ärzten im Krankenhaus unter dem Einfluss von DRGs untersucht werden. Angesichts der Tatsache, dass 84 % der 387.000 Beschäftigten im Pflegebereich Frauen sind, sind möglicherweise weitreichende qualitative Veränderungen eines typischen Frauenberufs zu erwarten. Dies folgt z.B. aus den möglichen Veränderungen des Berufsbildes vom situativen "Helfen" der traditionellen Schwester hin zu einer taylorisierten Abarbeitung von hochstandardisierten Leistungspaketen. Ähnliches könnte für die Krankenhausärztinnen gelten. Die frauenspezifische Ausgangssituation ist dabei aber etwas komplizierter als bei den Pflegekräften. So ist der Frauenanteil bei den Absolventen eines Humanmedizinstudiums zwischen 1991 und 1999 von 41,1 auf 45,5 % bestiegen unter den hauptamtlichen Ärzten in Krankenhäusern aber nur von 29,6 auf 32,3 %. Während unter den Assistenzärzten etwa 40 % Frauen zu finden sind, beträgt ihr Anteil unter den Oberärzten unverändert 20 % und unter den leitenden Ärzten 6 %. Die Analyse der spezifischen Veränderungen von Frauenberufen im Krankenhaus und ihre Bewertung in Hinblick auf die Zukunft von weiblicher Erwerbstätigkeit in dieser Art von personalen Dienstleistungen ist ein wichtiger Teilaspekt der Gesamtanalyse.

1.8 Anwendungsorientierter Nutzen/Transferqualität

Das DRG-System soll bis 2006 und 2007 etabliert sein. Die Einführung in anderen Ländern hat gezeigt, dass Implementierung und der Betrieb solcher Finanzierungssysteme permanenter Korrekturen bedürfen. Das setzt empirische Kenntnisse sowohl der unerwünschten und nicht inten-

dierten Effekte, als auch der neu sich ergebenden Gestaltungschancen voraus. Während die administrativen und betriebswirtschaftlichen Dimensionen der Implementation hohe Aufmerksamkeit genießen, ist das für die Dimensionen der Arbeits- und Interaktionsbeziehungen und die damit zusammenhängende Qualität im Krankenhaus weit weniger der Fall. Das Projekt wird - auch bereits durch die Veröffentlichung der regelmäßig anfallenden empirischen Zwischenergebnisse - relevante Hinweise auf Versorgungsrisiken und Gestaltungschancen liefern und auch Kontextwissen für die entsprechenden politischen und administrativen Interventionen bereitstellen können. Solche empirischen und theoretischen Grundlagen können insbesondere arbeitsbezogenen Orientierungen und Konzepten für mitbestimmungspolitische AkteurInnen nützlich sein. Durch den engen Zusammenhang zwischen Arbeit und Qualität bei medizinischen und pflegerischen Dienstleistungen sind die zu erwartenden Ergebnisse ebenso relevant für gewerkschaftliche Gesundheitspolitik wie für die Selbstverwaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung.

1.9 Bezüge zu den Querschnittsthemen des Forschungsförderprogramms

Da die DRG-Reform eines der bedeutendsten politischen Reformprojekte der letzten und nächsten Jahre ist, geben die hier geplanten sozialwissenschaftlichen Untersuchungen der Umsetzung dieser Reform auch Hinweise auf die Folgen einer Vernachlässigung der für zukunftsfähige Politikkonzepte notwendigen Einheit von ökonomischen, sozialen und humanen Gestaltungsprinzipien. Die Einführung der DRGs wird zu tiefgreifenden Veränderungen der Arbeit im Krankenhaus und damit vor allem der Arbeit von Frauen führen. Das betrifft vor allem den Pflegebereich insgesamt und die unteren Ebenen der Ärzthierarchie im Krankenhaus. Dabei geht es um Gestaltungschancen und -notwendigkeiten sowohl unter den Aspekten der Arbeitsqualität und Versorgungsqualität als auch der im Krankenhaus bestehenden Geschlechterungleichheiten.

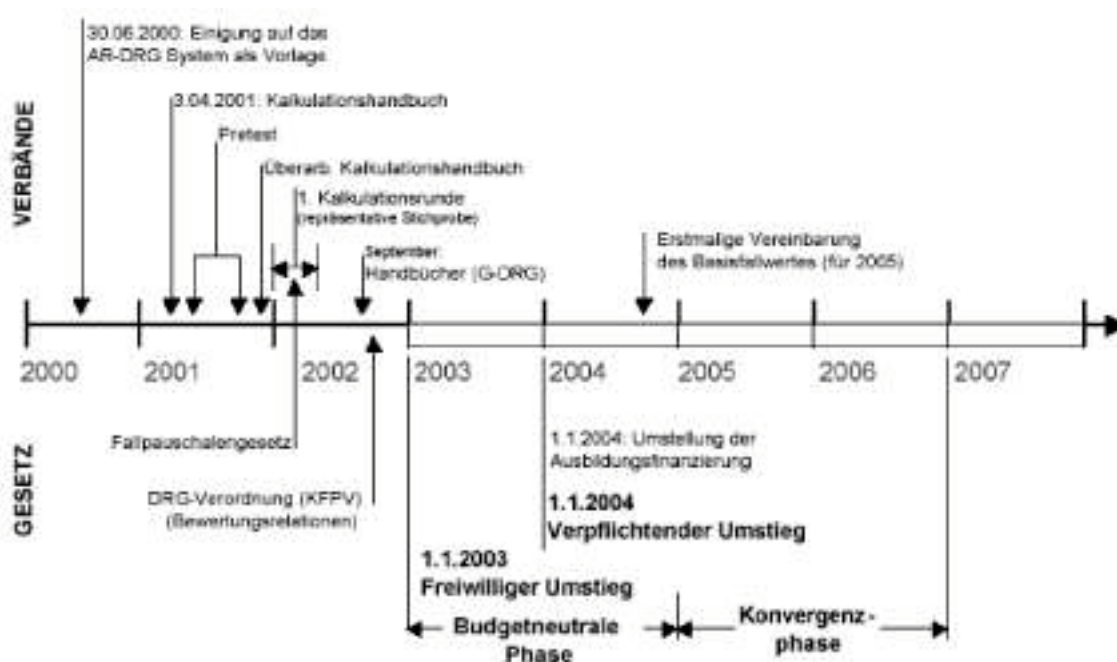
2 Kurzfassung

Das geplante Forschungsprojekt soll mit sozial wissenschaftlichen Methoden im zeitlichen Längsschnitt die Entwicklung von pflegerischer und medizinischer Dienstleistungsarbeit und Versorgungsqualität in den deutschen Krankenhäusern im gesamten mehrjährigen Zeitraum der Umstellung auf die Finanzierung nach dem DRG-System empirisch erheben und analysieren.

3 Gesellschaftspolitischer Begründungszusammenhang

Die deutschen Krankenhäuser stehen in einem Prozess tiefgreifender Veränderungen. Mit dem

DRG-System soll das seit 1972 geltende 'Selbstkostendeckungsprinzip' endgültig abgelöst werden, nachdem mit dem Gesundheitsstrukturgesetz von 1993 damit begonnen worden war, den Übergangsprozess von retrospektiven zu prospektiven, leistungsbezogenen Finanzierungsweisen einzuleiten. Die bevorstehende Umstellung der gesamten Krankenhausfinanzierung auf ein diagnosebezogenes Fallpauschalensystem (Diagnosis-Related Groups = DRGs) gilt als das folgenreichste einzelne Reformelement in der Gesundheitspolitik der letzten Jahrzehnte. Alle Leistungen des Krankenhauses (Ausnahme Psychiatrie) sollen einheitlich definiert, pauschaliert und vergütet werden. Die Implementierung des Fallpauschalengesetzes erfolgt über mehrere Jahre und mehrere inhaltliche Stufen. Die wichtigsten bisherigen, gegenwärtigen und zukünftigen Etappen dieses umfangreichen Strukturveränderungsprozesses zeigt die Übersicht 1.



Übersicht 1: Fahrplan der DRG-Einführung als Anpassung eines „lernenden Systems“

Sie beginnt 2003 mit dem freiwilligen Umstieg mehrerer hundert Krankenhäuser, dem sich der Pflichtumstieg aller Krankenhäuser ab dem 1.1.2004 anschließt und wird nach dem derzeitigen Gesetzesstand Ende 2006 abgeschlossen sein. Für die beiden ersten Jahre des Umstellungsprozesses ist den Krankenhäusern Budgetneutralität garantiert. Durch die erstmalige Vereinbarung eines bundesweit einheitlichen Basisfallwertes für das Jahr 2005 wachsen der Grad der Verbindlichkeit sowie die Wahrscheinlichkeit und der Grad von Auswirkungen der DRGs rasch an.

Zu den Beweggründen und einigen wichtigen Details dieses mehrstufigen und vorübergehend auch „neutralen“ Implementationsprozesses führte die Bundesregierung in der Begründung des Gesetzentwurfes folgendes aus: „Die zweijährige ‚budgetneutrale‘ Einführungsphase in den Jahren 2003 und 2004, in der die Höhe der Krankenhausbudgets noch nicht durch das neue Fallpauschalensystem bestimmt wird, ermöglicht es den einzelnen Krankenhäusern, sich auf die künftige Veränderung ihres Erlösbudgets einzustellen. Krankenhäuser, die erst 2004 das neue Entgeltsystem anwenden, haben ein budgetneutrales Jahr zur Verfügung. Für 2005 wird erstmals ein landesweit gültiger Basisfallwert vereinbart ... Der landesweit vereinbarte Basisfallwert wird als einheitlicher Festpreis (Einheitspreis) vorgegeben. ... Ebenfalls für 2005 wird die Verhandlung des Erlösbudgets des einzelnen Krankenhauses auf die neue DRG-Systematik umgestellt. Grundsätzlich gilt die Formel ‚Menge x Preis‘. ... Allerdings wird das so ermittelte DRG-Erlösvolumen nicht sofort für die Krankenhäuser wirksam. Um Krankenhäusern, deren Basisfallwert im Jahr 2005 noch über dem landesweiten Basisfallwert liegt, mehr Zeit für eine Anpassung ihrer Leistungs- und Kostenstrukturen zu geben, werden die Erlösbudgets in den Jahren 2005 und 2006

nur schrittweise auf das neue einheitliche DRG-Preisniveau abgesenkt (sog. Konvergenzphase)." (Bundestagsdrucksache 14/6893, 27)

Ein Projekt, das die Implementierung im zeitlichen Längsschnitt auf erwünschte und unerwünschte Veränderungen der Arbeits- und Dienstleistungsqualität hin vollständig untersuchen will, muss also die gesamte Einführungsperiode von 2003 bis Ende 2006 begleiten. Ein erstes Teilprojekt konzentriert sich auf die Analyse von Veränderungen zwischen der Zeit vor der verpflichtenden Einführung von DRGs (2003) und dem Ende der ersten Hälfte der Konvergenzphase (Ende 2005). Erst ein Folgeprojekt, das sich bis zum Ende der Konvergenzphase (Ende 2006) erstreckt, kann sämtliche Veränderungen und Auswirkungen der dann landesweit einheitlichen und verbindlichen DRG-Ordnung erfassen und bewerten.

Wenn man die Brisanz der Reform überhaupt auf einen Kern zuspitzen kann, dann besteht sie in der teilweise Verlagerung des finanziellen Morbiditätsrisikos von den Krankenkassen auf die Krankenhäuser. Letztere tragen das Risiko überdurchschnittlicher Behandlungskosten. Die wirtschaftliche Sicherung des Krankenhauses erfordert, dass der tatsächliche Ressourcenverbrauch unterhalb der Vergütungshöhe einer Fallpauschale liegt. Die Umkehrung der finanziellen Anreize gilt für sämtliche Formen prospektiver Finanzierung (Fall- und Kopfpauschalen, Budgets) und wurde bereits mit dem Gesundheitsstrukturgesetz 1993 begonnen. Mit der neuen Bundespflegeverordnung und weiteren Gesetzes- und Verordnungsänderungen in den Jahren 1995 bis 1997 war ein Mischsystem mit einem für das gesamte Krankenhaus einheitlichen Basispflegesatz (Leistungen der Küche, Verwaltung, allgemeinen Patientendienste etc.), Abteilungspflegesätzen für jede bettenführende Abteilung und Sonderentgelte und Fallpauschalen für eine Reihe von Operationen und diagnostischen Maßnahmen (z.B. Herzkatheteruntersuchungen) entstanden. Dieses war eingebettet in die so genannte 'Budgetdeckelung', die Begrenzung des jährlichen Anstiegs auf die Steigerungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen der Krankenkassen. Der damit erreichte Druck zur Kostenreduzierung wurde verstärkt durch eine insgesamt restriktivere Haltung der Krankenkassen in den Budgetverhandlungen, die wachsende Bereitschaft der Länder zur Streichung von Planbetten und den zunehmenden Rückzug öffentlicher Krankenhausträger aus der wirtschaftlichen Verantwortung. Er wurde jedoch auch abgeschwächt durch zahlreiche, letztlich aus dem Sicherstellungsauftrag der Länder resultierende Ausnahmeregelungen bei der Budgetdeckelung und die Tatsache, dass Fallpauschalen und Sonderentgelte nur für Teile der chirurgischen Fächer (ca. 25% der Gesamterlöse) existierten und aus verschiedenen Gründen den meisten Krankenhäusern noch ein - anders als beim neuen DRG-System - größerer Spielraum zur Vermeidung von wirtschaftlichen Härten verblieben war.

Das Reformziel besteht darin, die Krankenhäuser verstärkt zu wirtschaftlichem Verhalten zu motivieren, um eine effizientere Krankenhausversorgung zu erreichen, überflüssige Leistungen zu reduzieren, die Verweildauer (weiter) zu senken und Kapazitäten abzubauen ohne die Qualität der Versorgung zu verschlechtern.

Die Bedeutung der jetzigen Umstellung auf ein neues DRG-System für die Krankenhäuser mag man ermessen am Vergleich mit der weltweit ersten Einführung von DRGs in den Vereinigten Staaten nach 1983 (Gildemeister/Kühn 1998). Sie betraf lediglich das staatliche Medicare-System, die Krankenversicherung für Bürger über 64 Jahre und machte etwa 40% der Krankeneinnahmen aus. Zugleich lag die Personalausstattung pro Bett und Patient im Durchschnitt erheblich über dem deutschen Stand und die amerikanischen Krankenhäuser konnten stationäre durch ambulante Leistungen selbst substituieren, da sie nicht auf stationäre Leistungen beschränkt sind. Ihre finanzielle, personelle und angebotsstrategische Manövrierfähigkeit war also unvergleichlich höher als die der deutschen Krankenhäuser. Hier wird das DRG-System für alle GKV-Versicherten (mit Ausnahme der psychiatrischen Patienten) gelten und somit ca. 90 % der Einnahmen bestimmen. Es gibt für die einzelne Klinik nur wenige Ausweich- und Kompensationsmöglichkeiten.

Die Komplexität und damit auch die Unvorhersehbarkeit des Umstellungsprozesses wird generell als sehr hoch angesehen, offen ist nicht nur, inwieweit die positiven Reformziele einschließlich der damit einhergehenden Gestaltungschancen realisiert werden können, sondern auch, ob und in welchem Umfang nichtintendierte unerwünschte Effekte auftreten und wie ihnen begegnet werden kann. Wie relevant diese offene Frage gesellschaftspolitisch ist, mag deutlich werden, wenn man folgendes bedenkt: Die Dienstleistungsarbeit in den deutschen Krankenhäusern beeinflusst direkt und oft irreversibel Leben und Gesundheit von jährlich über 16 Millionen Patienten, einem Fünftel der Bevölkerung. Das Krankenhaus ist zu einem wichtigen Bestandteil der Lebenswelt der Bürgerinnen und Bürger geworden. Die meisten Bürger werden im Krankenhaus geboren und ein großer Teil von ihnen stirbt im Krankenhaus. Die Zuverlässigkeit des Krankenhauses ist Grundlage ihres Vertrauens, im Bedarfsfall schnellen und chancengleichen Zugang zu einem leistungsfähigen Krankenhaus zu haben. Dieses Vertrauen hat den Charakter eines öffentlichen Gutes und ist ein wesentlicher Bestandteil des Lebensstandards auch derjenigen Menschen, die das Krankenhaus de facto nicht in Anspruch nehmen. Daher hängt der Effekt gesundheitspolitischer Reformen in hohem Maße davon ab, wie zuverlässig sowohl Entwicklungschancen als auch die nicht intendierten Versorgungsrisiken empirisch identifiziert werden können.

Von den Veränderungen, die durch die neue Krankenhausfinanzierung angestoßen oder verstärkt werden, werden nicht nur Prozesse und Strukturen innerhalb des Krankenhauses, sondern auch zwischen Krankenhäusern und den ihnen vor- und nachgelagerten Sektoren des gesundheitspoliti-

schen Interventions- und Leistungskontinuums betroffen sein. Daraus werden neue Perspektiven für das gesamte Versorgungssystem und seine Integration erwachsen. Innerhalb des Gesundheitswesens, das mit insgesamt über vier Millionen Beschäftigten der zu den größten und vielfältigsten und zu den wenigen expandierenden Beschäftigungssektoren zählt, ragt das Krankenhaus mit 1,109 Mio. Beschäftigten (835 Tsd. Vollarbeitskräften) heraus. Von den Veränderungen in den Krankenhäusern werden - im Zusammenspiel mit anderen gleichzeitigen Tendenzen - Auswirkungen auf Umfang, Struktur, Qualifikation und Arbeitsbedingungen der Beschäftigten erwartet. Es ist offen, ob und wie Trends der 90er Jahre sich in einzelnen Bereichen weiter verstärken oder umkehren. Zwischen 1991 und 2000 ist die Zahl der Beschäftigten um 1% die der Vollarbeitskräfte um 4,7 % zurückgegangen. Jedoch ist in den Allgemeinen Krankenhäusern der Anteil der Ärzte um 12% und des Pflegepersonals um 9% gewachsen, während das Wirtschafts-, Versorgungs- und Hauspersonal durch Rationalisierung und Out-Sourcing um ein Viertel reduziert wurde. Die Intensivierung der patientenbezogenen Arbeit geht aus einer Senkung der durchschnittlichen Verweildauer um 26 % bei Erhöhung der Fallzahl (Zahl der Patienten) um 16 % hervor.

Die überwiegend von ökonomischen Argumentationen, Plausibilitäten und Kriterien dominierte Debatte zur Krankenhausfinanzierung ist der gesellschaftspolitischen Bedeutung dieser Reform in vielem nicht gerecht geworden. Viele Aspekte werden ausklammert und oft wird in die Annahmen verlegt, was eigentlich untersucht werden müsste. Besonders zwei, meist nur implizite Grundannahmen stehen einer bedeutungsgerechten Diskussion im Wege. Erstens wird der Zusammenhang von Finanzierungsweisen und Versorgungsgeschehen überwiegend als quantitatives Problem angesehen. In der Vergangenheit galt vorwiegend die mit positivem Vorzeichen versehene Beziehung des "Je-mehr-desto-besser", seit Beginn der 90er Jahre verändert sich das Vorzeichen zu "Je-weniger-desto-besser". Folgerichtig wurden Reformprobleme entweder als Unter- oder Überversorgung formuliert. Zweitens wird in der ökonomisierenden Sichtweise meist unterstellt, die Steuerung über finanzielle Anreize und Sanktionen ziehe ein Anpassungsverhalten der Akteure nach sich, das über Wettbewerbsmechanismen bei Gewährleistung definierter Rahmenbedingungen (z.B. Transparenz) spontan zu mehr Wirtschaftlichkeit und einem befriedigenden Niveau der Versorgungsqualität führe. Das ist aber zum einen eine, wenn nicht **die**, offene und letztlich empirisch zu entscheidende Frage aber keine Annahme. Zum anderen wird damit das krankenhauspolitische Problem als ein überwiegend 'ordnungspolitisches' definiert und geht weitgehend in der Herstellung einer Wettbewerbsordnung auf. Damit werden wesentliche Handlungsfelder, Gestaltungschancen und Versorgungsrisiken entweder ausgeklammert oder es wird erneut in die Annahmen verlagert, was es eigentlich zu untersuchen gilt. Eine typische Formulierung, der diese Position zugrunde liegt lautet: "Der vom DRG-Fallpauschalensystem ausgehende Wettbewerbsdruck wird zu einer stärkeren Kundenorientierung der Krankenhäuser führen, wo-

durch die Patienten zu Adressaten von Informationen über die Behandlungsqualität werden" (Hoffmann 2002).

Erst in den letzten Jahren haben einzelne Gesundheitswissenschaftler und der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen begonnen, auf differenzierende und qualitativ argumentierende Sichtweisen hinzuwirken. So werden nun die reformpolitischen Defizite - u. E. realistisch - als die Gleichzeitigkeit von Über-, Unter- und Fehlversorgung betrachtet. Die meist implizite Annahme, wonach der finanzielle Druck, der durch den Einsatz prospektiver finanzieller Steuerungsinstrumente auf die Krankenhäuser ausgeübt wird, quasi automatisch zu verbesserter Wirtschaftlichkeit¹ führe bzw. Kosten dämpfe, ohne die Qualität zu beeinträchtigen, ist empirisch derzeit weder beleg- noch widerlegbar. Da die Bemühungen um die Identifizierung und Sicherung der Qualität noch sehr eng auf medizinisch-handwerkliche Aspekte begrenzt sind und nur vereinzelt verfügbar sind², wird das Versorgungsrisiko des Nichteintreffens dieser Annahme weitgehend von den 16 Mio. individuellen Patienten getragen. Im 'real existierenden' Krankenhaussystem haben wir es also mit einem tiefgreifenden Umstellungsprozess zu tun, dessen immanente Rückkopplungs- und Korrekturmechanismen sehr schwach sind, nicht zuletzt weil die Entwicklung eines Sensoriums für Versorgungsrisiken, Ambivalenzen und Gestaltungschancen nicht vorangehen kann, wenn drängende gesundheits- und gesellschaftspolitische Fragen bereits als gelöst bzw. als rein ordnungspolitisches Problem unterstellt werden.

4 Zielsetzung und Fragestellung des Projektes

Das geplante Forschungsprojekt soll mit sozial wissenschaftlichen Methoden im zeitlichen Längsschnitt die Entwicklung von Dienstleistungsarbeit und Versorgungsqualität in den deutschen Krankenhäusern im gesamten mehrjährigen Zeitraum der Umstellung auf die Finanzierung nach dem DRG-System empirisch erheben und analysieren.

Erwartet werden:

- handlungsrelevante Erkenntnisse über direkte und mittelbare Effekte des DRG-Systems und die darin liegenden Gestaltungschancen und Versorgungsrisiken;
- Beiträge zum Verständnis des Krankenhauses als System sozialer Beziehungen. Genauer gesagt geht es um Kontextwissen, das für Erklärung und den gestaltenden Umgang mit den Er-

Wirtschaftlichkeit bzw. Effizienz bezieht Ausgaben bzw. Aufwendungen auf den damit erzielten Nutzen. Ohne Kenntnis von Nutzen- bzw. Qualitätsindikatoren lassen sich folglich keine Aussagen zur Wirtschaftlichkeit treffen. Verbesserte Wirtschaftlichkeit ist also nur eine unter vielen Möglichkeiten rentabilitätsorientierter Strategien.

Mohr (2002, Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung) stellt fest, dass "die Auswirkungen des DRG-Systems auf die Behandlungsqualität in den 2250 deutschen Krankenhäusern derzeit nicht abgeschätzt werden (können)."

gebnissen der Veränderungs-, Anpassungs- und Modernisierungsprozesse interner und externer Art erforderlich ist.

- Beiträge zur pflegenden und medizinischen Arbeit im Krankenhaus insbesondere zum Zusammenhang von Arbeitsbedingungen, Arbeitsinhalten und -motivation mit den Interaktionsbeziehungen zwischen Patienten und Beschäftigten. Einige Studien zeigen zumindest in wichtigen Fragen inverse Beziehungen zwischen Patientenzufriedenheit und Arbeitszufriedenheit (z.B. Nickel et al. 2002).
- Beiträge zur Verbesserung der Steuerung im Sozialstaat, auch im Sinne von Nachhaltigkeit und Risikominimierung am Beispiel eines geschlossenen neuen Vergütungssystems, das die stationäre Krankenversorgung für etwa 90% der Bevölkerung umsteuern soll.

Das mit diesen Beiträgen mögliche systematische Aufeinanderbeziehen und die Verknüpfung der zahlreichen Erkenntnisse über die Beschäftigten- und Patientenperspektiven hat für das Verständnis der sozialen Prozesse im Krankenhaus wie für ihre Gestaltung hohe Relevanz. Aus dem theoretisch wie praktisch vorherrschenden "Entweder-oder" von Patienten- und Beschäftigtenperspektive heraus eine gleichberechtigte, gleichrangige und aktive Beziehung zu entwickeln und ihre wichtigsten Determinanten transparent zu machen, stellt eine übergreifende Hauptperspektive des Projektes dar.

Bevor dies an der Variablen-Struktur erläutert werden kann, einige Stichworte zur soziologischen Herangehensweise.

4.1 Zum sozialwissenschaftlichen Ansatz

In der dominierenden ökonomisierten Sichtweise wird die Institution Krankenhaus überwiegend als 'black box' betrachtet und implizit als in sich homogenes, marktrational handelndes Unternehmen angesehen. Die Ausblendung des 'Innenlebens' der Institutionen wird in den Diskursen allenfalls dann aufgegeben, wenn die zu erwartende einzelwirtschaftlich-rationale Anpassung an die finanziellen Steuerungsanreize unerwünschte Resultate (z.B. aktive und passive Selektion der Patienten/Fälle nach Rentabilitätskriterien) befürchten lässt. Dann wird - ohne Reflexion der Verhaltensbedingungen - entweder berufsethisches statt marktrationales Verhalten angenommen oder den Patientinnen und Patienten wird unterstellt, dass sie bei schlechter Qualität durch ihr Inanspruchnahmeverhalten für effektive Rückkopplung und Korrektur sorgen könnten. Die Dominanz dieser Sichtweisen äußert sich darin, dass der Einsatz prospektiver Finanzierungsmethoden (Budgets, Fall- oder Kopfpauschalen) bereits in den 90er Jahren weitgehend ohne Kenntnis und Kontrolle des realen Versorgungsgeschehens in den medizinischen Institution erfolgt ist.

Betrachtet man hingegen das Krankenhaus als eine **komplexe Großorganisation**, dann stellt sich heraus, dass der restriktive finanzielle Druck, der damit auf die Institution ausgeübt wird, weder in 'marktrationalem' noch 'wertrationalen' Handeln resultiert, sondern zu einem wesentlichen Teil nach Maßgabe der innerinstitutionellen Machtbeziehungen (zwischen Abteilungen, Berufsgruppen, Administration usw.) und der organisatorischen Funktionslogik sich ungleich auf die einzelnen Sektoren mit unterschiedlichen Konsequenzen verteilt. Es zeigt sich, dass die Steuerungswirkungen weitaus differenzierter erfasst werden müssen.

Ein realistisches Bild vom Krankenhaus geht davon aus, dass es sich um die Institution mit dem höchsten Maß an Arbeitsteiligkeit, Spezialisierung und Technisierung im Gesundheitswesen handelt. Die Medizin als Kernbestandteil der Organisation nimmt hier am meisten in sich technische, ökonomische und bürokratische Handlungslogiken auf, die in Konflikt stehen mit den normativen Erwartungen, die sich aus Rolle und Situation des Kranken ergeben, aus seiner Subjektivität als Einzelfall. Die Großorganisation Krankenhaus weist eine immanente Funktionslogik auf, die - sich selbst überlassen - zur Formalisierung und Standardisierung tendiert, also auch dazu, die Patienten an die Systembedingungen anzupassen, während die generelle Bedingung von Humanität gerade der differenzierte und differenzierende Bezug auf die Patientenindividuen ist. So verstandene Humanität ist daher nicht selbstverständlich, sondern in gewisser Weise ein Fremdkörper der technisch, betriebswirtschaftlich und bürokratisch-rationalen Organisation. Ein finanzielles Lenkungsinstrument trifft also auf Machtbalancen und Funktionslogiken und entfaltet seine Effekte in deren Zusammenspiel.

Vor diesem Hintergrund ist der inhaltliche wie auch forschungsökonomische 'archimedische Punkt', an dem wir ansetzen der medizinische und pflegerische Dienstleistungsprozess bzw. die Krankenhausarbeit. Das Produkt dieser Arbeit ist nicht mit Produkten materieller Natur vergleichbar, die überhaupt oder problemlos hergestellt, aufbewahrt, transportiert, verteilt und konsumiert werden können. Vielmehr kennzeichnet es die medizinischen und pflegerischen Dienstleistungen, dass Produktionstätigkeit und Konsumtion zugleich in einem Prozess ('uno actu') erfolgen. Um sowohl die Patienten- als auch die Organisationsperspektive erfassen und zueinander in Beziehung setzen zu können, wird das Krankenhaus als ein soziales System betrachtet, das durch die Produktion medizinischer und pflegerischer Dienstleistungen strukturiert wird. Wesentlich für unsere Herangehensweise ist, dass die Patienten darin keine jenseits der Produktion stehenden Abnehmer bzw. Konsumenten eines materiellen Produktes sind, sondern vielmehr ein Bestandteil dieses Produktionsprozesses selbst. In den medizinischen und pflegerischen Arbeitsprozessen spielen sie eine Doppelrolle als 'Arbeitsgegenstand' und 'Mitproduzent'. Als Arbeitsgegenstand (am deutlichsten ausgedrückt durch die Lage auf dem Operationstisch im narkotisierten Zustand) sind sie Objekte, während sie überall dort, wo es auf ihre Motivation und ihr Verhalten ankommt

und sie ihr Selbstbestimmungsrecht ausüben (können), auch Subjekte und Mitproduzenten im medizinisch-pflegerischen Arbeitsprozess sind. Man kann sagen, dass nahezu jeder Aspekt des Wandels dieser Arbeitsprozesse bzw. der Krankenhausorganisation ihre Lage tangiert.

Dieser Wandel weist - mehr oder weniger in allen westlichen Industrieländern - ähnliche Züge auf: Prospektive Finanzierung durch Budgets und/oder Fallpauschalen zwingen die Institution Krankenhaus dazu, sich betriebswirtschaftlich-rational zu organisieren, mit dem Ziel, die betrieblichen Kosten unter das weitgehend fixierte Einnahmenniveau zu senken. Die Arbeitsprozesse werden - über das ohnehin durch die naturwissenschaftlich-technische Medizin bereits vorgegebene Maß hinaus - quantifiziert, standardisiert, kalkuliert und kontrolliert. Zum einen werden medizinische Daten produziert und aufbereitet und zum anderen werden Anstrengungen unternommen, die wirtschaftlichen Daten für einzelne Ärzte, Patienten, Fälle und Prozeduren transparent zu machen (Kostenarten-, Kostenträgerrechnung). Im angestrebten Idealfall entstehen patienten- und arztbezogene Kostenrechnungen, die es erlauben, bestimmte Verlust- oder Gewinnfälle zu identifizieren, Krankheiten ('Diagnosen'), Patienten, Abteilungen und individuelle Ärzte nach ihrem Beitrag zur Rentabilität zu unterscheiden. Dieser Umbruchsprozess wird durch die Implementierung (bereits schon durch die Vorbereitung darauf) des DRG-Systems mit einer bislang im Gesundheitswesen unbekanntem ökonomischen Dynamik vorangetrieben. Durch Verknüpfung der medizinischen mit den betriebswirtschaftlichen Daten entsteht tendenziell eine informationelle Grundlage zur betriebswirtschaftlichen Steuerung bzw. erlösorientierten Leistungssteuerung der medizinischen und pflegerischen Entscheidungen und Tätigkeiten wie Diagnose, Therapie, Pflege, Überweisung, Entlassung usw.

In diesem Kontext realisiert sich die Patientenperspektive nicht von selbst. Obwohl es einen großen möglichen Überlappungsbereich gibt, sind die Interessen des ärztlichen und pflegenden Personals nicht identisch mit denen der Patienten. Da die Patienten also zugleich Arbeitsgegenstand und Mitproduzenten sind und als solche Bestandteil der Arbeitsprozesse, sind keine relevanten Veränderungen der Arbeit denkbar, von denen die Patienten nicht (zu ihrem Vor- oder Nachteil) betroffen wären und keine relevanten Veränderungen der Patientenstruktur, die sich nicht auf die Arbeit auswirken würde.

Viele Veränderungen im Untersuchungszeitraum werden sich nicht konkret auf einzelne Ausprägungen des **DRG-Systems** (z.B. Homogenität, Klassifikationskriterien, Kalkulation) beziehen lassen, sind aber dennoch in seinem Kontext zu sehen. Ein handlungsrelevantes Element der Veränderung ist die 'Krankenhauskultur', der Wandel des generellen Grundverständnisses davon was Medizin und Pflege sein soll, wie sie praktiziert werden sollte, wie Krankheit verursacht ist, wie es um die Verantwortlichkeit für Krankheit und Heilung bestellt ist, und nicht zuletzt, welche Rolle das Geld in der Versorgung haben sollte. Ein bedeutender Aspekt dieser Kultur - sei sie für

den einzelnen noch so diffus - sind die Vorstellungen von der Rolle der Ärzte und Pflegenden auf der einen und die der Patienten und ihrer Angehörigen auf der anderen Seite. Ein Kernpunkt dabei ist die Bedeutung des Geldes in der Medizin. Wie beeinflusst das Geld das Denken und Handeln der Angehörigen der Heilberufe und welche Rolle sollte es in den Beziehungen spielen, die diese mit den Patienten eingehen?

Um den oben skizzierten Erkenntniserwartungen entsprechen zu können, werden die relevanten Dimensionen des Versorgungsgeschehens sozialwissenschaftlich erfasst und operationalisiert; dabei wird u.a. von folgenden Annahmen ausgegangen:

- Die Patientenversorgung im Krankenhaus wird als sozialer Arbeits- und Interaktionsprozess angesehen;
- Die Anpassungsprozesse an veränderte finanzielle Rahmenbedingungen drücken sich nicht nur in Kostenstrukturen und formaler Organisation aus, sondern in Strategien, Machtverhältnissen, Konkurrenzbeziehungen insbesondere an den Schnittstellen der Arbeitsteilung zwischen Berufsgruppen und Fachabteilungen, veränderter Krankenhauskultur etc.;
- Versorgungsqualität resultiert letztlich aus der Beziehung zwischen Patienten und Krankenhaus. Diese Beziehung konstituiert als Bezugsrahmen von Entscheidungen letztlich auch die Wahl der einzelnen medizinischen und pflegerischen Handlungsoptionen. Die Orientierung der Institution an Individualität, Würde und sozialer Situation der Patienten ist folglich kein Beiwerk, sondern konstitutiv für den erzielten gesundheitlichen Nutzen.
- Die Qualität von Medizin und Pflege kann nicht allein (möglicherweise nicht einmal vorwiegend) durch Berufsethik und individuelle Fachkompetenz gesichert werden, sondern hängt auch ab von den Verhaltenszwängen, die in die Institution und in das Gesamtsystem eingebaut sind. In der empiriebezogenen Ethikforschung erkennt man daher allmählich, dass der individuellen Berufsethik für Ärzte und Pflegenden nur dann handlungsrelevante Bedeutung zu kommt, wenn sie im Kontext mit dem moralisch-normativen Gehalt der institutionellen Strukturen und Steuerungsinstrumente betrachtet werden kann. Konflikte äußern sich für die Beschäftigten oft in Gestalt einer 'ethischen Dissonanz', die von ihnen als eine besondere Form der Arbeitsbelastung erlebt wird.

4.2 Struktur der Variablen

Der sozialwissenschaftliche Ansatz lässt es zu, sowohl den Fragen nach den in den Veränderungen liegenden **Versorgungs- und Modernisierungschancen**, als auch den nichtintendierten und unerwünschten **Versorgungsrisiken** in ergebnisoffener Weise, d.h. ohne Ausblendung relevanter

empirischen Realität der Institution Krankenhaus, nachzugehen. Auf dieser Grundlage wird gefragt (s. Abbildung 1):

- Wie verändern sich im untersuchten Zeitraum relevante Merkmale des Versorgungsgeschehens im Krankenhaus? (=letzte abhängige Variable)
- Welche internen und externen Anpassungsstrategien und Veränderungsprozesse bilden sich heraus?
- Wie verändern sich Arbeitsprozesse, institutionelle Settings und normativer Bezugsrahmen ärztlicher und pflegerischer Arbeit?
- Welche Wirkungen resultieren daraus für die Arbeits- und Interaktionsbeziehung zwischen Patienten und Personal (die medizinisch- und pflegerisch-handwerklichen Elemente sind interdependente Bestandteile dieser Beziehung)?

Die zentrale Bedeutung der Krankenhausdienstleistung als Arbeits- und Interaktionsprozess mit dem Patienten, und die Fragestellungen führte zu dem Konzept zweier parallel durchgeführter, in sich selbständiger, aber inhaltlich, zeitlich und methodisch aufeinander abgestimmten Projekte. Das hier beantragte Projekt legt den Schwerpunkt der Erhebung und Analyse auf die Versorgung aus der Arbeits- und Beschäftigtenperspektive. Das umfasst die beiden Variablen "**Arbeit**" und "**Interaktion**" (Abbildung 1). Im Zentrum der Erhebungen stehen das pflegende und ärztliche Personal. Das zweite, parallel begonnene und bereits mit ersten Ergebnissen aufwartende Eigenprojekt der Antragsteller (im Folgenden 'Eigenprojekt' genannt) untersucht ebenfalls die Interaktionsbeziehungen, im Zentrum stehen dabei die Erfahrungen der Patienten und die Variable "Interaktion" aus der Patientenperspektive. Empirische Grundlagen des Eigenprojekts sind, startend mit einer ersten Erhebung im Februar 2003 bis 2006 ein- bis zweijährig wiederholte schriftlich standardisierte Befragungen von ca. 6000 Versicherte der bundesweit vertretenen Gmünder Ersatzkasse (GEK), die nicht länger als 2 1/2 Monate aus einer Krankenhausbehandlung entlassen wurden. Hinzu kommen Auswertungen von Routinedaten der Kasse über die Vorgeschichte und den Verlauf der stationären Behandlungen ihrer Versicherter sowie der poststationären ambulanten oder erneuten stationären (Stichwort: Rehospitalisierung) Ereignisse. Diese Analysen finden auch unabhängig von den hier beantragten Forschungsarbeiten im Rahmen einer langjährigen Forschungskooperation zwischen der Universität Bremen und der GEK statt. Durch die systematisch angelegte Beziehbarkeit beider Projekte aufeinander kann der im hier beantragten Projekt gelegte Schwerpunkt auf der medizinischen und pflegerischen Dienstleistungsarbeit sowohl erweitert als auch kontrolliert werden. Beide Projekte sind in sich selbständig und führen zu eigenständig gültigen Ergebnissen, sie versprechen aber durch ihre wechselseitige inhaltliche Bezogenheit einen erheblichen Zugewinn an Erkenntnis.

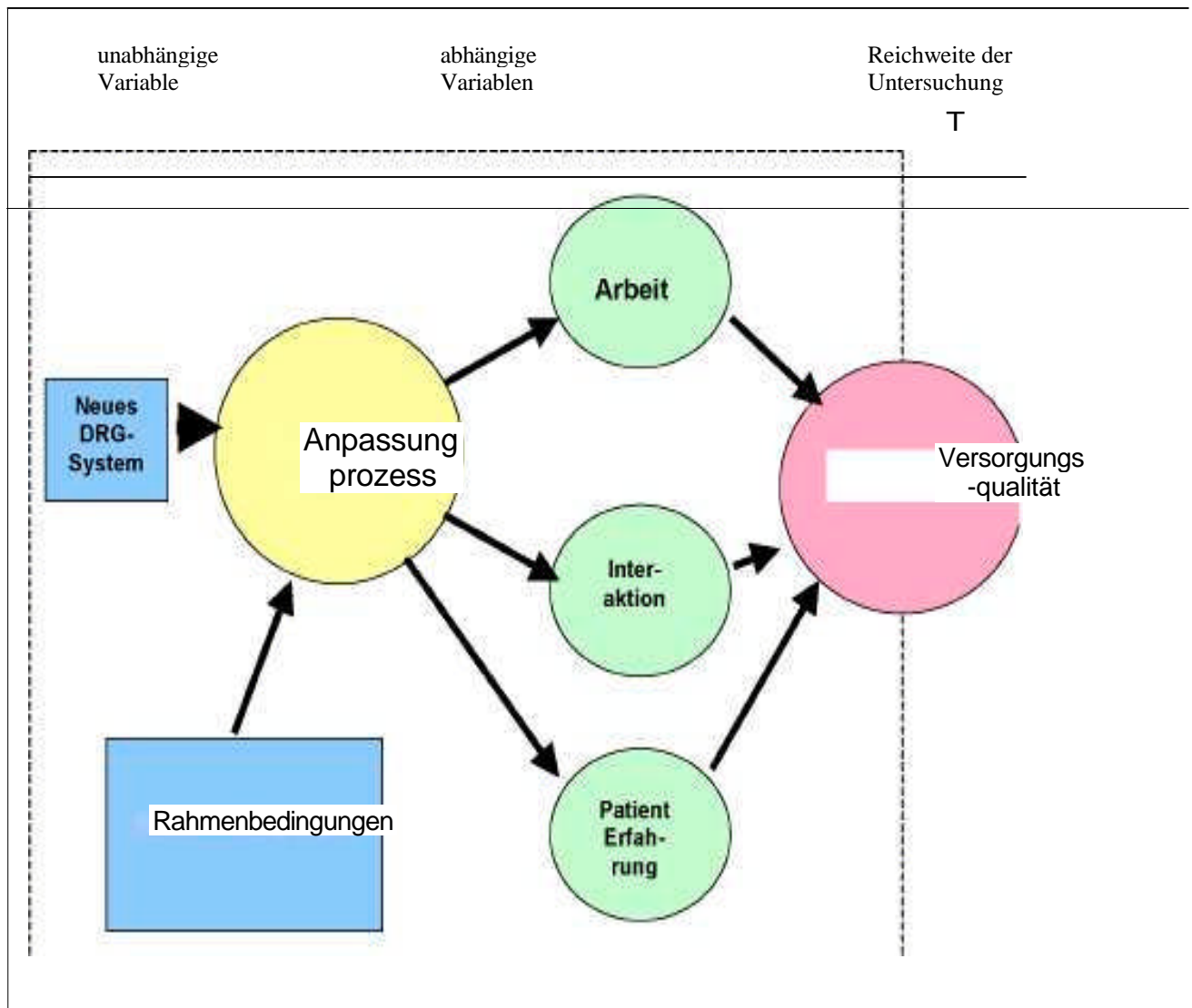


Abbildung 1: Variablenstruktur des Gesamtprojekts

Wenn wir am spezifischen Zusammenhang von Arbeits- und Patientenperspektive bei personenbezogenen Dienstleistungen ansetzen, dann erwarten wir, mit der Synthese von drei Längsschnittuntersuchungen (Pflegepersonal und Ärzte sowie Patienten) einen relevanten Beitrag zur Ermittlung von Versorgungsrisiken und Versorgungschancen leisten zu können. Die letzte abhängige Variable ist das Versorgungsgeschehen und seine Qualität. Dabei ist klar, dass die spezifische Reichweite des Ansatzes, der eingesetzten Instrumente und Methoden nur einen Teil dieser Versorgungsrealität in den Blick bekommen kann.

Die Bewertung des Versorgungsgeschehens durch Kriterien der Qualität geht von einem umfassenderen Begriff von Qualität aus als dem der klinisch-epidemiologischen Qualitätsforscher. Diese definieren sie als den Grad, "in dem die medizinischen Dienstleistungen für Individuen und Populationen die Wahrscheinlichkeit von erwünschten Gesundheitswirkungen erhöhen und in dem sie mit dem professionellen Wissen übereinstimmen" (Lohr 1990). Aus der Situation der

Kranken und den darauf bezogenen Erwartungen der Gesellschaft an die Qualität gehen Erfordernisse hervor, die sowohl individuelle als auch soziale Dimensionen aufweisen. Was die Perspektive der individuellen Patienten angeht, so wird erwartet, dass die Institutionen dem kranken Individuum gerecht werden, insbesondere: seinem gesundheitlichen Status, seiner Person, seiner Würde und seiner soziale Situation. Darauf beziehen sich vier Dimensionen der Versorgungsqualität:

- die handwerkliche und technische Qualität der Medizin (Werden Diagnose und Therapie entsprechend dem Stand der Wissenschaft durchgeführt?)
- die medizinisch-'ganzheitliche' Qualität (entspricht das medizinische und pflegerische Handeln nicht nur der Krankheit, sondern auch dem kranken Individuum?)
- die Einbeziehung der sozialen Situation der Patienten (z.B. Lernprozesse von chronisch Kranken, mit ihrer Krankheit bzw. mit den damit verbundenen Einschränkungen leben zu können, Einschätzung der Verhaltenslasten und Schmerzen, die dem Kranken auferlegt werden können und dürfen) Stets geht es auch hier um Bedarf an Kommunikation einschließlich der dazu erforderlichen Qualifizierung und Zeit.
- die vierte, alle anderen mit einschließende Dimension von Qualität ist die Würde des kranken Menschen. Sie ist in den medizinischen Institutionen stets gefährdet, insbesondere wenn es sich um alte Menschen, Kinder, psychisch Kranke, geistig Behinderte oder Sprachunkundige handelt, vor allem, wenn sie aus den unteren sozialen Schichten kommen. Organisationsweisen, Knappheitsgrade, Führungsstile etc., die zu menschenunwürdigem Verhalten verführen, können identifiziert und umgestaltet werden.

Die soziale Dimension der Versorgungsqualität umfasst die Chancengleichheit des Zugangs zur Krankenhausversorgung in der Region, die Angemessenheit des Leistungsangebots an die regionalen und sozialen Besonderheiten, die Effekte auf die Gesamtstruktur und Integration des Gesundheitssystems etc.

Über die qualitative Seite bzw. die Nutzeffekte der Krankenhausdienstleistungen können mit dem vorliegenden Konzept Aussagen abgeleitet werden:

- aus den rekonstruierten Arbeits- und Interaktionsprozessen im Zeitvergleich (Pflegepersonal- und Ärztebefragung, Fokusgruppen, Experteninterviews), kontrolliert und ergänzt durch Befunde zu den Wirkungen in der subjektiven Erfahrung der Patienten im Zeitvergleich (Eigenprojekt) und der
- Auswertungen von Versicherungsdaten (Eigenprojekt).

Gefragt wird also nicht nach dem Pro- oder Kontra eines DRG-Systems, sondern nach den Anpassungs- oder Veränderungstendenzen im Versorgungsgeschehen sowie nach den darauf bezogenen intendierten und nichtintendierten Wirkungen der Implementierung des DRG-Systems.

Eine ergebnisoffene Prüfung erfordert, dass die expliziten und positiven Reformzielen den Status von Hypothesen erhalten. Hinzu kommen Hypothesen zu den mit der Anreizumkehr verbundenen Versorgungsrisiken der Patienten und Versicherten, soweit sie theoretisch plausibel, in Ländern mit DRG-Systemen empirisch belegt oder aus der Explorationsstudie des WZB (Kühn/Simon 2001) hervorgehen. Geprüft wird unter anderem, ob und in welcher Weise Krankenhäuser Kosten externalisieren, indem sie Leistungen auf Patientenhaushalte sowie vor- und nachgelagerte Versorgungseinrichtungen verlagern. Dabei kann es sich sowohl um erwünschte als auch unerwünschte Effekte handeln. Unerwünscht ist beispielsweise die aktive und passive Selektion von Patienten nach Erlöskriterien durch Vermeidung der Aufnahme, Weiterverlegung oder vorzeitige Entlassung in einem medizinisch instabilen Zustand.

Auch bei der Untersuchung der Anpassung bzw. des Wandels der Krankenhausorganisation (Aufbau, Ablauf, Arbeitsteilung) können erwünschte und unerwünschte Tendenzen dicht beieinander liegen und gleichzeitig auftreten. Mit dem skizzierten sozialwissenschaftlichen Ansatz können sie identifiziert und differenziert werden. Beispielsweise wird die Hypothese geprüft, wonach mit dem DRG-System die bisherige abteilungsbezogene Handlungslogik erodiert und verdrängt wird durch mehr 'leistungsbezogene' Handlungslogiken. Auch hier hätten wir es - bezogen auf die Qualität des Versorgungsgeschehens - mit ambivalenten Tendenzen zu tun: Falls die Erosionshypothese zuträfe, könnten daraus Chancen erwachsen, die heute überwiegend als veraltet und ineffizient angesehene Abteilungshierarchie zugunsten moderner und partizipativer Organisationsformen zu überwinden. Geschähe das allerdings nicht, dann könnten alte Konflikte verstärkt werden und neue auftreten. Das würde dann Mängel in der Koordination und Kooperation, Motivationsdefizite und zusätzliche Arbeitsbelastungen nach sich ziehen und die Krankenhaus-Patient-Beziehung bzw. das Versorgungsgeschehen beeinträchtigen.

Die amerikanische Empirie zeigt - so eine weitere Hypothese - einen Anstieg administrativer und dokumentierender Tätigkeitsanteile, der sich sowohl im Verwaltungsbereich zeigt, als auch einen wachsenden Anteil der patientenbezogenen Tätigkeiten bei Ärzten und Pflegenden absorbiert.. Auch dies kann erst im Kontext der Gesamtentwicklung interpretiert werden. Die Effekte werden davon abhängen, ob und wie dieser spezifische Mehrbedarf gedeckt werden wird, entweder durch zusätzliche Erlöse, durch rationalisierungsbedingte Freisetzung in anderen Bereichen des Krankenhauses oder durch Intensivierung der patientenbezogenen Arbeit. Ähnliches gilt für die erwartete weitgehende Transparenz der Arbeit. Hier liegen auf der einen Seite zahlreiche Möglichkeiten, die Arbeitsabläufe rationaler den Versorgungsnotwendigkeiten anzupassen, auf der anderen Seite kann das Kontrollverlust für die ärztlich und pflegerisch Beschäftigten bedeuten, eine tendenzielle (Re-)Taylorisierung insbesondere der Pflege befördern, bestehende Konflikte an den

Schnittstellen zwischen ärztlicher und pflegerischen Tätigkeiten verschärfen und zu Motivationsverlusten führen.

Wie diese Entwicklungen interpretiert und bewertet werden müssen, ob und wie die in den Veränderungen liegenden Gestaltungschancen ergriffen und realisiert werden können hängt also weitgehend von den institutionellen Kontexten in einem breiten, die materiellen, organisatorischen, motivationalen und normativen Dimensionen umfassenden, Sinne ab. Auch solche relevanten Teile des Versorgungsgeschehens, die sich mit dem hier gewählten Ansatz, und mit den eingesetzten Methoden und Instrumenten nicht erfassen lassen (z.B. medizinische Outcomes und ihre Rückkopplung auf der Grundlage einer neuen Informationsinfrastruktur), bedürfen des sozialwissenschaftlich ermittelten Kontextwissens, damit aus ihnen Schussfolgerungen für nachhaltige Korrektur- und Modernisierungsprozesse gezogen werden können.

5 Stand der Forschung und Forschungsbedarf

Die Forschungslage zu Arbeit und Interaktion im Krankenhaus soll im Folgenden unter 5 verschiedenen Aspekten behandelt werden:

- Arbeitsorganisation,
- Arbeitsteilung und Kooperation,
- Belastungen und Ressourcen in der Arbeit,
- Arbeitshaltung, berufliche Orientierung und Berufsethos,
- Dienstleistungsqualität bzw. Versorgungsqualität.

5.1 Zur Arbeitsorganisation

Die historische Entwicklung der Krankenhäuser in Deutschland hat die klinische Arbeitsorganisation in spezifischer Weise geprägt. Die noch von Rohde (1962) beschriebene tradierte Struktur mit ihren vormodernen, autoritären, entpersonalisierenden und ausschließlich auf ärztliche Hierarchie aufgebauten Elementen wurde durch die Entwicklung der letzten 30 Jahre aufgebrochen (Bauch 2000; Stratmeyer 2002). Zugleich bot das klassische Krankenhaus vielen Patienten, vor allem jenen, die aus unteren sozialen Schichten kamen, eine „Sozialfunktion“ (Stratmeyer 2002, S. 193). In den 70er und 80er Jahren erlebte der Krankenhausesektor eine Welle von baulichen und technischen Innovationen. Diese Phase der Technisierung der Medizin und der durch sie induzierten Transformationen wird von Badura / Feuerstein / Schott (1993) als „Industrialisierung des Kran-

kenhauses" bezeichnet. Die heutige Charakterisierung der Institution Krankenhaus fällt der Forschung schwer, da sich tradierte Züge der Hospitalisierung und der sozialen Entlastung mit technisierten und taylorisierten Abläufen zu einer unübersichtlichen Gemengelage vermischen. Während Stratmeyer (2002) die Aspekte des durchrationalisierten Dienstleistungsunternehmens betont, befindet sich das Krankenhaus nach Göbel / Friesdorf (2002) „erst im Übergang von Handwerk und Manufaktur zur Industrialisierung". Um diesen Rückstand aufzuholen, sei die kompromisslose Übernahme industrieller Prinzipien notwendig, wozu vor allem die Standardisierung der Arbeitsvollzüge gehört. Die Forschung ist sich darüber einig, dass die auf ökonomische Expertise bauende Verwaltungshierarchie enorm an Bedeutung gewonnen hat und weiter gewinnen wird. Sie beginnt heute schon in vielen Fällen die Führungsrolle der Medizin abzulösen.

In den tradierten Macht- und Hierarchiebeziehungen des Krankenhauses hat sich auch die relative Bedeutung der Pflege erhöht. Sie hat - nach skandinavischen und angelsächsischen Vorbildern - sich zu professionalisieren begonnen. Die Pflege versucht seit Mitte der 80er Jahre das Bild des medizinischen Hilfsberufes zu überwinden und neue Konzepte, so etwa das der Ganzheitspflege, zu implementieren (Elkeles 1988; Jeschke / Dern 1992; Buck / Vitt 1996; Büssing 1997). Heute werden zunehmend eigene Pflegevisiten, Pflegeanamnesen, Pflegediagnosen usw. durchgeführt, die freilich bislang nur ungenügend durch gesetzliche, wohl aber durch hausinterne administrative Vorgaben gedeckt, wenn nicht sogar angeordnet sind. Zwar ist viel bekannt von den zur Rede stehenden Konzepten, doch wissen wir wenig über den Grad ihrer Realisierung. Das neue Abrechnungssystem der diagnosebezogenen Fallpauschalen wird möglicherweise hier bestimmte Entwicklungen unterbrechen und die konfliktäre Problematik zwischen Medizin- und Pflegesystem in den Krankenhäusern verstärken (Stratmeyer 2002). In der gegenwärtigen wissenschaftlichen Diskussion zum Thema Krankenhaus fällt eine eigentümlich Disparatheit auf: Einerseits gibt es betriebswirtschaftlich orientierte Argumentationen (z.B. Haubrock / Schär 2002; Peters 2003), in denen der wirtschaftliche Druck zwar beklagt wird, doch in der Lösungsperspektive bestimmte Prinzipien der industriellen Arbeitsorganisation übernommen werden. Andererseits gibt es geradezu eine Flut professionsethischer Literatur, die vor einer weiteren, ökonomisch induzierten Entpersonalisierung und Entmenschlichung warnen, ohne jedoch für die Praxis der Krankenhausorganisation einen realen Anhalt bieten zu können (z.B. Arndt 1996; Arend 1998; Schnell 2002). Die Frage einer nachhaltig humanen Arbeitsorganisation unter ökonomisierten Bedingungen im Krankenhaus bleibt bislang unbeantwortet.

5.2 Zur Arbeitsteilung und Kooperation

Die sich verschiebende Gewichte zwischen ärztlichen, pflegerischen und ökonomischen Bereichen im Krankenhaus verändern Interaktions-, Kooperations- und Konfliktlagen. Die neuere ar-

beitswissenschaftliche Diskussion fasst diese Verschiebungen unter dem Begriff der „Mikropolitik“ (Neuberger 1995). Technische und ökonomische Faktoren sind oftmals Anlass neuer Entwicklungen, doch entscheidend für die Ausgestaltung der betrieblichen Kooperationsverhältnisse scheint eher die Konstellation der Machtbereiche zu sein. Tradiert und geradezu klassisch, doch keinesfalls obsolet, ist die Feststellung, dass Pflegende zwar die Patienten/innen am häufigsten sehen und den intensivsten Kontakt zu ihnen haben, ihre Arbeit aber in hohem Maße als fremdbestimmt erleben. Kirchof (1992) nennt als Beispiel die oftmals alleine durch die Ärzte festgesetzten Zeitpunkte für Visite oder bestimmte Diagnose- oder Therapieschritte, nach denen sich die Pflege zu richten haben. Müller et al. (1997), Lorenz (2000), Benner et al. (2000), Grahmann / Gutwetter (2002) und Stratmeyer (2002) bringen ein Vielzahl weiterer Beispiele insbesondere für den Dauerkonflikt zwischen Ärzten und Pflegenden. Zum einen geht es darum, inwieweit ärztliche Aufgaben an Pflegende delegiert werden und inwieweit diese - so wie im angloamerikanischen Raum - selbstverantwortlich bestimmte medizinische Tätigkeiten ausführen können oder sollen. Zum anderen gewinnt die Frage, ob beispielsweise hauswirtschaftliche Tätigkeiten für Pflegende künftig als „berufsfremd“ gelten, an Brisanz. Die Forschung diagnostiziert recht einheitlich Kommunikations- und Kooperationsprobleme, die bis zur Kooperationsblockade führen können. Doch bleiben Datenlage wie Interpretation, aus der sich neue Lösungswege herausfinden ließen, wissenschaftlich bislang noch unbefriedigend. Für die Versorgungsqualität ist diese Frage von kaum zu unterschätzender Bedeutung. Die alltäglichen Kooperationsbeziehungen bestimmen das „Sozialklima“ einer Klinik und wirken sich in vielfältiger Weise auf die Patientenversorgung aus. Von der Einführung der Fallpauschalen erwarten manche Autoren - angesichts der Notwendigkeit der gemeinsamen Anstrengung, das ökonomische Überleben der Klinik zu sichern - eine substantielle Verbesserung des Sozialklimas (Peer et al. 2002; Gratias 2002). Andere Autoren befürchten einer Konfliktverschärfung und hohe Reibungsverluste (Stratmeyer 2002) und eine deutliche Verschlechterung der Versorgungsqualität (Hunstein / Bartolomeyczik 2001; Willenborg 2001; Stratmeyer 2002).

5.3 Zu den Belastungen und Ressourcen in der Arbeit

In der Forschung besteht Konsens darüber, dass die demographische Entwicklung und die damit zusammenhängende Verschiebung des Krankheitsspektrums hin zu schweren, chronischen und multimorbiden Fällen sowie die medizinisch-technische Entwicklung der letzten Jahrzehnte die Anforderungen an das Krankenhauspersonal stark erhöht haben (Müller / Münch / Badura 1997; Stratmeyer 2002). Im internationalen Vergleich liegt Deutschland mit 6,4 Akutbetten pro 1000 Einwohner und 10 Tagen durchschnittlicher Verweildauer im Jahr 1999 etwa doppelt so hoch wie die Länder des skandinavischen und angloamerikanischen Raumes (Schaeffer 2002; OECD

2002), welche den Umstieg auf poststationäre Versorgungseinrichtungen schon früher begonnen haben als hierzulande. Während in den USA das Verhältnis Krankenhauspersonal pro 1000 Einwohner 16,2 beträgt, bewerkstelligen in Deutschland 11,3 Fachpersonen die stationäre Versorgung bei einer gleichzeitig höheren Verweildauer. Diese Zahlen verweisen sehr deutlich auf die angespannte Arbeitssituation in deutschen Kliniken. Gemessen am zu bewältigenden Arbeitsvolumen spricht die Forschung von einem „hohen Personaldefizit in den Kliniken“ (Hasselhorn / Tackenberg / Müller 2003). Für die Pflegekräfte berechnet das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung - auf der Basis der Pflege-Personal-Regelung - 42 Tsd. fehlende Fachkräfte (ebenda). Ein Blick auf die Arbeitsmarktstatistik zeigt für Ärzte und Pflegekräfte immer noch eine erstaunlich niedrige Arbeitslosenquote von weniger als 4 %, dies auch in höheren Altersklassen; medizinische und pflegerische Fachzeitschriften sind voller Stellenanzeigen. Es ist zu vermuten, dass viele Kliniken sehr improvisativ mit dem Personalnotstand umgehen (Müller et al. 1997; Grahmann / Gutwetter 2002). Wir wissen jedoch wenig über Grad und Ausformung der prospektiven Personalwirtschaft, die unter dem Druck der geforderten Wirtschaftlichkeit unabweisbar notwendig wurde und wird.

Die Arbeitsbedingungen im Krankenhaus, die bereits ansatzweise durch neue ökonomische und technische Rahmenbedingungen geprägt waren, wurden von Herschbach (1993) und Bartolomeyczik (1993) untersucht. Müller / Münch / Badura (1997) haben eine umfassende empirische Studie zur Arbeitsbelastung von ärztlichem und pflegerischem Personal vorgelegt; Müller (2000), Bauch (2000) und Stratmeyer (2002) referieren weitere, insbesondere internationale Literatur hierzu. 70 bis 80 % der Gesamtarbeitsbelastung im Krankenhaus liegen in Informations-, Beziehungs- und Kommunikationsproblemen. Dieser Befund verweist zugleich auf das Ressourcenpotential, das durch verbesserte Informations-, Kommunikations- und Kooperationsstrukturen erreichbar wäre. Ein originärer und in der Natur der Sache liegender Aspekt der Krankenhausarbeit ist der personenbezogene Charakter der erbrachten Dienstleistung, die verbunden ist mit Eingriffen in die Intimsphäre von Menschen und der Konfrontation mit Sterben und Tod. Während die Belastungen und potentielle Ressourcen der Krankenhausarbeit gut erforscht sind, ist deren Beziehung zur beruflichen Orientierung und letztlich zur Versorgungsqualität noch wenig untersucht. Während Ärzte im Praktikum und Assistenzärzte ihre Belastungen zumeist als berufliche Statuspassage verstehen, ist die Möglichkeit eines beruflichen Aufstiegs bei Pflegenden im überwiegenden Fall nicht gegeben. Die hohen Belastungen, verbunden mit einem geringen Grad an Alternativen, führt bei Pflegenden zu einem hohen Maß an psychischen und psychosomatischen Erkrankungen, zu den verschiedensten Prozessen der „emotionalen und moralischen Abkühlung“ (Chambliss 2002; Kersting 2002) und zur inneren und äußeren „Flucht aus der Pflege“ (Hasselhorn et al. 2003). Der Anteil der gesundheitlich bedingten Berufswechsler sowie der Anteil der Frühverrentungen liegt bei Pflegekräften deutlich höher als im Durchschnitt aller Berufe (ebenda).

Wissenschaftlich und praktisch unbefriedigend ist der Umstand, dass bislang wenig über diejenigen strukturell sozialökonomischen, professionspolitischen, betrieblichen und persönlichkeitsgebundenen Faktoren bekannt ist, die sich als hinderlich oder förderlich auf die Arbeit im Krankenhaus, auf Verbleib oder Nichtverbleib und schließlich auf die emotionale und moralische Verfasstheit der Arbeitenden auswirken.

Von Bedeutung sind nicht zuletzt die in der medizinsoziologischen und arbeitswissenschaftlichen Forschung festgestellten Zusammenhänge zwischen Dimensionen des Arbeitsprozesses und Versorgungsgeschehen. Einige Studien zeigen beispielsweise nennenswerte Diskrepanzen zwischen Patienten- und Mitarbeitersichten und zumindest in wichtigen Fragen inverse Beziehungen zwischen Patientenzufriedenheit und Arbeitszufriedenheit (z.B. Siebenbeck et al. 2001; Nickel et al. 2002). So wird bei der Frage der internen Koordination der Patientenversorgung diese von Pflegekräften durchgängig negativer gesehen als von Patienten. Umgekehrt verhält es sich bei Problemen der Information und des Übergangs von der stationären in die ambulante Versorgung, die von Patienten kritischer eingeschätzt werden als vom Personal. Die Gründe für diese - nur auf den ersten Blick paradox erscheinende - Datenlage lassen sich in den erheblichen und durch Rationalisierungsmaßnahmen zunehmenden Organisationsmängeln im Krankenhaus vermuten, die vom Personal durch zusätzliches Engagement und Improvisation zu kompensieren versucht werden.

5.4 Zu Arbeitshaltung, beruflicher Orientierung und Berufsethos

Kühn (1996), Dörner (2001) und Schnell (2002) gehen in ihrer Diskussion der medizinischen und pflegerischen Ethik in unterschiedlichen Gewichtungen davon aus, dass strukturelle Kontexte und soziale Beziehungen den ethischen Gehalt von Handlungen beeinflussen. In den bisherigen Studien zu dieser Thematik steht der naturwissenschaftlich-technische Handlungsrahmen von Medizin und Pflege im Vordergrund. Auch die neueren empirischen Arbeiten zur Medizin- und Pflegeethik (hier insbesondere: Schnell 2002) bleiben hinsichtlich der Ökonomisierung als neue Rahmenbedingung für Arbeitshaltung, berufliche Orientierung und Berufsethos unbefriedigend. Kuhlmann (1998) und Kühn / Simon (2002) konnten zeigen, dass durch die Verknüpfung medizinischer mit betriebswirtschaftlicher Denk- und Entscheidungsebenen eine Tendenz zur betriebswirtschaftlichen Steuerung der Arzt-Entscheidungen bei Diagnose, Therapie, Überweisung und Entlassung entsteht. Aiken et al. (2001) konnten zeigen, dass Pflegenden unter Ökonomisierungsbedingungen - hier insbesondere in den USA, Kanada und Großbritannien - an ihrer Arbeit massive Abstriche machen und insgesamt eine hohe Unzufriedenheit entwickeln. Aus den dargestellten Entwicklungen lässt sich die Hypothese einer allmählichen Wandlung der beruflichen Orientierung - begriffen als das im Habitus verinnerlichte Deutungsmuster, innerhalb dessen die Individuen ihr technisches und kommunikatives Handeln legitimieren und planen (Thomssen 1980) -

im Sinne einer als Versachlichung verkleideten Ökonomisierung herleiten. Dieser Wandlungsprozess kann paradoxerweise als Professionalisierung verstanden werden. Wenn Arbeitende im Krankenhaus weniger Möglichkeiten sehen, ihre ursprünglichen und meist intuitiven beruflichen Orientierungen in der Begegnung mit den Patienten praktisch umzusetzen, wird dies - vor dem Hintergrund des Zwangs zur kognitiven Dissonanzverminderung (Festinger 1978) - Prozesse der moralischen Desensibilisierung hervorrufen oder beschleunigen. Wenn Professionalisierung im soziologischen Sinne bedeutet, den Grad der Bewusstheit, der moralischen Reflexion und der tatsächlich lebhaften Autonomie des eigenen beruflichen Handelns zu erhöhen (Krüger 1984), so drängt sich die Frage auf, ob die dargestellten Entwicklungsprozesse nicht einen eher gegenteiligen Effekt haben. Empirisches Material aus den vereinigten Staaten (so z.B. Benner et al. 2000; Aiken et al. 2001; Chambliss 2002) lässt die begründete Vermutung zu, dass die Ökonomisierung der Krankenhausarbeit bei den Akteuren zu einer Vergleichgültigung in der Arbeitshaltung und damit zu einer Deprofessionalisierung führen kann. Versachlichung, Desensibilisierung und Deprofessionalisierung verändern auch das Patientenbild. Unter Ökonomisierungszwang können Patientenbedürfnisse nach Zuwendung und Aufgehobensein leicht als ungerechtfertigte Anspruchshaltung interpretiert werden. Das vorgesehene Forschungsprojekt soll diesen Fragen nachgehen.

5.5 Zu Dienstleistungsqualität bzw. Versorgungsqualität

Beschäftigung, Arbeitsorganisation, Arbeitsteilung und Kooperation, Belastungen und Ressourcen, Arbeitshaltung, berufliche Orientierung und Berufsethos sind Einflussfaktoren für die Dienstleistungsqualität im Krankenhaus bzw. - vom Standpunkt der Patienten aus gesehen - der Versorgungsqualität. Bauch (2000) und Stratmeyer (2002) problematisieren sehr plausibel die „Kundenrhetorik“ im Gesundheitswesen. Der Patient ist per definitionem krank, schwach, hilfebedürftig und insofern auch abhängig - und dies umso mehr, je niedriger sein sozialer Status ist. Daher kann der Patient niemals souveräner Marktteilnehmer sein. Das uno-actu-Prinzip der Dienstleistung am Kranken impliziert, dass der Dienstleistungsempfänger als Subjekt zugleich Objekt dieser Dienstleistung ist, sich also niemals - wie ein Kunde in anderen Märkten - sich vom Prozess der Leistungserstellung distanzieren kann. Diese Grundproblematik in Rechnung stellend hat die Versorgungsqualität im Krankenhaus die - bereits skizzierten - Dimensionen der handwerklichen und technischen Qualität, der medizinisch-'ganzheitlichen' Qualität (Uexküll 1990; Schnell 2002, Uexküll / Wesiack 1988; Siegrist 1995; Lax 1999), der Würde (Schnell 2002) und der sozialen Qualität (u.a. Chancengleichheit).

Diese Dimensionen stehen in einem engen Wechselverhältnis. So kann - angesichts der Komplexität und Unübersichtlichkeit des Krankenhausprozesses für den Patienten - von Ärzten und Pfl-

gekräfteten, die vom Respekt gegenüber der Person des Kranken her motiviert sind, erwartet werden, dass sie in den handwerklich-technischen Bereichen das jeweils Angemessene tun und ihre Fähigkeiten und Fertigkeiten im Hinblick darauf aus- und weiterbilden - vice versa.

Die Frage nach messbaren Indikatoren für diese vier Qualitätsdimensionen wird in der Wissenschaft kontrovers diskutiert. Eine Möglichkeit ist vom amerikanischen Institute of Medicine (IOM 2002) entwickelt worden. Das IOM betrachtet als Hauptbestandteile der Versorgungsqualität Sicherheit (Safety), Wirksamkeit (Effectiveness), Rechtzeitigkeit (Timeliness) und Patientenorientierung (Patient Centeredness). Patientenzentriertheit wird, um das zuletzt genannte Kriterium aufzugreifen, als Kennzeichen der Krankenhaus-Patient-Beziehung verstanden und gilt als Gegenbegriff zu 'krankheitszentriert' und 'arztzentriert'. Die Idee ist, dass die sozial, ethnisch und kulturell unterschiedlichen Bedürfnisse und Präferenzen der Patienten den Handelnden eine starke Orientierung geben. Das betrifft das Maß der gewünschten Informiertheit, Mitentscheidung, Zielsetzung und Risiken der Behandlung und Selbsthilfe. Qualität hat nicht zuletzt eine soziale Dimension, wenn es um die Versorgungschancen in der Bevölkerung geht. Das Postulat gleicher Leistungsansprüche unabhängig vom sozialen Status gilt nicht nur für die Verteilungsebene. Entscheidend ist auch, inwieweit das Solidarprinzip im täglichen Versorgungsgeschehen tatsächlich erlebbar realisiert ist. Die medizinsoziologische Forschung weist verstärkt darauf hin, dass Budgetierungen und wirtschaftlicher Wettbewerb im Gesundheitswesen die Gefahr von Risikoselektion erhöhen, so etwa in Form eines geringeren Zeitaufwandes für Kommunikation oder gar impliziter Rationierung durch Zurückhaltung angemessener Leistungen (Kuhlmann 1998; Simon 2001). Patienten mit niedrigem Einkommen, sozialem Status, Bildungsabschluss, schwacher Sprach- und Konfliktfähigkeit sowie mit chronischen Erkrankungen sind in dieser Hinsicht am meisten gefährdet. Das Eigenprojekt der Antragssteller bietet durch die Einbeziehung von Daten aus laufenden Patientenbefragungen die einmalige Chance, die tatsächliche und vom Patienten erlebbare Versorgungsqualität mit den Anpassungsprozessen an politisch und ökonomisch vorgegebene Veränderungen im Krankenhaus in wissenschaftlicher Weise zu verknüpfen und hieraus Schlüsse für Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement zu ziehen.

5.6 Zusammenfassung

Arbeitsorganisation, Arbeitsteilung und Kooperation, Belastungen und Ressourcen in der Krankenhausarbeit sowie die berufsethische Orientierung der im Krankenhaus Arbeitenden befinden sich seit Jahren in Veränderungsprozessen, die sowohl durch äußeren ökonomischen und politischen Systembedingungen - nicht zuletzt durch die Einführung des DRG-Systems - wie durch innere Machtverschiebungen hervorgerufen, verstärkt und moderiert werden. Die Forschung, insbesondere die Pflegewissenschaft thematisiert neue Organisationskonzepte, doch wissen wir we-

nig über den Grad ihrer Realisierung. In der professionsethischen Literatur wird vor einer weiteren, ökonomisch induzierten Entpersonalisierung und Entmenschlichung gewarnt, ohne jedoch für die Praxis der Krankenhausorganisation einen realen Anhalt bieten zu können. Von der Implementierung des DRG-Systems erwarten manche Autoren eine nennenswerte Verbesserung der Kooperationsbeziehungen, der Freiheitsgrade und damit auch der sozialen und persönlichen Ressourcen im Krankenhaus. Andere Autoren befürchten eine Erhöhung der Belastungen, eine Verschärfung der institutionellen Konfliktlagen, hohe Reibungsverluste und damit eine deutliche Verschlechterung der Versorgungsqualität. Quantitative wie qualitative Daten insbesondere aus dem angloamerikanischen Raum zeigen eine durch Ökonomisierung induzierte oder verstärkte Vergleichsgültigung in der Arbeitsorientierung. In der Forschung werden hierzu unterschiedliche Interpretationen angeboten, doch überwiegen Vermutungen in Richtung Deprofessionalisierung und Desensibilisierung und Deprofessionalisierung. Offen bleibt hier insbesondere die Frage, ob die Systemveränderungen in der medizinisch-pflegerischen Arbeit den Grad der Einbeziehung der sozialen Situation der Patienten, auch und gerade derjenigen der sozial schwächeren, verändern. Dies ist ein wichtiger Indikator unserer „Letztvariablen“. Von unserem Forschungsprojekt kann freilich nicht erwartet werden, zu allen hier angesprochenen Desiderata gleichermaßen substantielle Beiträge zu liefern. Die einzelnen Dimensionen des Arbeitsprozesses müssen als Vermittlungsglieder zur Versorgungsqualität aufgefasst werden. Wir werden daher Erkenntnisse zur Arbeitsorganisation, zur Kooperation, zu Belastungen und Ressourcen sowie zur berufsethischen Orientierung als - teilweise interagierende - Teildeterminanten für das Versorgungsgeschehen vor diesem Hintergrund und in dieser Perspektivität zu interpretieren haben. Daher sollte die Möglichkeit, Ergebnisse der im Rahmen des hier vorgestellten Projekt durchgeführten Beschäftigtenbefragungen mit Daten aus laufenden Patientenbefragungen zu verknüpfen, nicht ungenutzt bleiben, da sich hieraus Schlüsse für Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement im Krankenhaus ziehen ließen.

5.7 Eigene Vorarbeiten

Braun, B. / Hien, W., Entwicklung eines Fragebogens zu Arbeitsbedingungen und Pflegequalität im Krankenhaus unter DRG-Bedingungen - Methoden, Ablauf und Ergebnis, unveröffentlichtes Manuskript 2003 (ZeS)

Braun, B. / Müller, R., Versorgungsqualität in der stationären Versorgung 2002 - Ergebnisse einer Patientenbefragung und Längsschnitts-Analyse von GKV-Routinedaten nach Fallpauschalen- und Tagessatzvergütung, St. Augustin 2003 (erscheint im Mai)

Gildemeister, S./ Kühn, H. 1998, Diagnosis Related Groups: Das amerikanische Patientenklassifikationssystem und die Folgen - Literaturüberblick, unveröff. Man. Berlin (WZB)

Kühn, H., Gesellschaftliche Bedingungen der Finanzierung professioneller Gesundheitsleistungen, in: Keupp, H./ Zaumseil, M. (Hg.): Gesellschaftliche Organisation psychischen Leidens, Frankfurt/M. 1978 S. 90-118

Kühn, H., Zur Theorie gewerkschaftlicher Interessenpolitik im Krankenhausbetrieb, in: Argumente für eine soziale Medizin, Berlin 1979, S.46-59

Kühn, H., Politisch-ökonomische Entwicklungsbedingungen des Gesundheitswesens, Eine Untersuchung am Beispiel der Krankenhauspolitik in der Bundesrepublik Deutschland von 1958 bis 1977/78, Königstein/Ts 1980

Kühn, H., Das Krankenhaus im wirtschaftlichen Verteilungskonflikt, in: Das Krankenhaus Nr. 5/1983, S. 183 ff.

Kühn, H., Krankenhauspolitik im Zeitalter der Kostendämpfung, in: Jahrbuch für kritische Medizin Bd. 13, (Argument-Sonderband AS 155), Berlin/Hamburg 1988, 30-46

Kühn, H., Das Krankenhaus zwischen Markt und Dirigismus, in: Krankenhaus im Umbruch, hrsg. v. Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands, Berlin usw. (Kohlhammer) 1993, S.331-346

Kühn, H., Zur Zukunft der Pflege: Anmerkungen aus gesamtwirtschaftlicher Sicht, in: D. Schaeffer, M. Moers, R. Rosenbrock (Hg.): Public Health und Pflege. Zwei neue gesundheitswissenschaftliche Disziplinen, Berlin 1994, S. 190-200

Kühn, H., Ethische Probleme einer ökonomisch rationalisierten Medizin, Berlin, Veröffentlichungsreihe des Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, P96-207, 30 S.

Kühn, H., Managed Care in den USA: Medizin zwischen kommerzieller Bürokratie und integrierter Versorgung, Veröffentlichungsreihe des Wissenschaftszentrums Berlin, Berlin 1997 (74 S.)

Simon, M./Kühn, H., Organisationslernen im Krankenhaus: Wandel einer reformresistenten Institution unter dem Eindruck geänderter Rahmenbedingungen, in: H. Albach/ M. Dierkes/ A. B. Antal/ K. Vaillant (Hg.), Organisationslernen - institutionelle und kulturelle Dimensionen, WZB-Jahrbuch 1998, Berlin (sigma) 1998, S. 161-192

Kühn, H., Medizinische Versorgung im Wandel: Entwicklungstendenzen in Versorgungssystemen westlicher Industrieländer, in: Wird Gesundheit zur Luxusware? Solidarische Gesundheitsversorgung und die Zukunft der Medizin, hrsg. v. U. Körner, R. Mosandl, E. Huber u. B. Fast, Dortmund (Humanitas Verlag) 1998, 25-41

Kühn, H./ Simon, M., Anpassungsprozesse der Krankenhäuser an die prospektive Finanzierung (Budgets, Fallpauschalen) und ihre Auswirkungen auf die Patientenorientierung, Forschungsprojekt des Berliner Forschungsverbundes Public Health, gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (Förderkennzeichen: 01 EG 9525/8) durchgeführt von der Arbeitsgruppe Public Health am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Berlin 2001

Kühn, H., Fünf Tendenzen der Ökonomisierung des Gesundheitswesens - Wandel des Kontexts der Krankenhausarbeit, in: Gobet, P./ Spöndlin, R. (Hg.), Spital AG? Deregulierung, Privatisierung, Ausgliederung, Zürich 2002 (Edition 8): 71-81

5.8 Stand der Vorarbeiten und Umsetzungsstrategie

Das Ziel einer mehrjährigen sozialwissenschaftlichen Erhebung der mit der Implementation des DRG-Systems verbundenen Anpassungsprozesse von pflegerischer und ärztlicher Dienstleistungsarbeit im Krankenhaus erfordert ein methodisch mehrdimensionales und längsschnittsorientiertes Forschungsprogramm.

Die Veränderungen der Arbeit von Pflegenden und ÄrztInnen werden ähnlich der im Patientenbereich durch mehrmalige schriftlich standardisierte Befragungen von Gruppen dieser Arbeitsakteure erhoben, welche möglichst für die Gesamtheit und die Vielfalt ihrer sonstigen Arbeitsbedingungen (z.B. Art und Größe des Krankenhauses) repräsentativ sind. Es bestehen bereits Arbeitskontakte zur GEK. Dort sind derzeit rd. 10.000 voll ausgebildete und angeleitete Berufstätige aus dem stationären Pflegebereich versichert, deren soziodemografischen Charakteristika hoch transparent sind. Mit der Vorstandsverwaltung von VER.DI und Pflegekraftverbänden gibt es Arbeitskontakte, um ggfls. zusätzliche Teilgruppen über die dort vorhandenen Zugänge in die Befragungen einzubeziehen. Auch für die Bildung einer Befragungsstichprobe von KrankenhausärztInnen gibt es Kooperationsgespräche und fortgeschrittene technische Abklärungen. Aussichtsreich ist eine Kooperation mit der Landesärztekammer Hessen, die in mehrererlei Hinsicht sinnvoll und unseren Forschungszielen zuträglich ist. Zum einen ist es derzeit organisatorisch und inhaltlich unmöglich eine repräsentative bundesweite Stichprobe von KrankenhausärztInnen mit der Hoffnung auf eine hohe Antwortrate bilden und befragen zu können. Zum anderen ähneln die Strukturen im Lande Hessen in hohem Maße denen im Bundesgebiet. Hinzu kommt, dass die Landesärztekammer Hessen bereits mehrfach und erfolgreich schriftlich standardisierte Befragungen unter ihren rd. 10.800 Mitgliedern aus dem Krankenhausbereich durchgeführt hat. Mit der in den bisherigen Kooperationsgesprächen von beiden Seiten für sinnvoll gehaltenen Unterstützung der Befragung durch die Kammer, dürfte eine mehrmalige Befragung erfolgreich sein. Der Vorstand der Landesärztekammer ist über den Stand der fachlichen Vorgespräche informiert und wird sich endgültig und offiziell im Laufe des Jahres 2003 mit der Projektunterstützung befassen.

Das bereits in mehreren Fokusgruppen mit Pflegenden entwickelte und in einem Pretest validierte Erhebungsinstrument für Pflegekräfte muss durch ein auf ähnliche Weise entwickeltes Instrument für ÄrztInnen ergänzt werden. Dabei ist durchgängig eine Mischung aus spezifischen und die Besonderheiten der beruflichen Tätigkeit berücksichtigenden Fragen mit identischen und inhaltlich aufeinander beziehbaren Fragen zu achten.

Der durch mehrfache schriftlich standardisierte Befragungen gewonnene Überblick der Veränderungsprozesse wird durch ein drittes Arbeitspaket mit einer weiteren für die Erhebung von Verläufen und Veränderungen geeigneten Methode abgerundet. Mittels teilstandardisierter Interviews mit den wesentlichen Berufsgruppen und Hierarchieebenen eines Krankenhauses sollen in einer

Reihe von Krankenhäusern Fallstudien zu den betrieblichen Anpassungsprozessen an die DRG-Bedingungen durchgeführt werden. Auch hier ist eine mehrmalige mündliche Befragung und Nachfrage notwendig.

Zum zeitlichen Rahmen des Forschungsprojekts:

Wie die Übersicht 1 (s.o.) zeigt, verläuft der gesamte Einführungsprozess bis zum Ende des Jahres 2006, wobei zahlreiche Experten erwarten, dass es zu einer Verlängerung kommen wird. In keinem Fall wird die Implementation innerhalb des geplanten Förderungszeitraumes abgeschlossen sein.

Eine weitere Besonderheit, der Rechnung getragen werden muss, liegt darin, dass es hier nicht um eine einmalige Veränderung zum Zeitpunkt t_0 geht, der ein längerer Anpassungsprozess folgt, sondern um rechtliche Veränderungen in einer schrittweisen zeitlichen Abfolge über den gesamten Zeitraum bis Ende 2006 hinweg, beginnend mit einer freiwilligen Teilnahme, dann mit obligatorischer Teilhabe unter Bedingungen der Budgetneutralität und erst dann mit einer Phase, in der die Krankenhäuser das wirtschaftliche Risiko der Umstellung tragen.

Um sicher zu stellen, dass die Förderungsphase in jedem Fall einen ausreichenden Zeitraum des "verpflichtenden Umstiegs" abdeckt, beantragen wir die Förderung vom 1.4.2004 bis 30.3. 2006. Die für eine sinnvolle zeitlich vergleichende Untersuchung notwendigen Daten für das Jahr 2003 und die dazu erforderliche Entwicklung der Fragebögen haben wir daher aus eigenen Mitteln, aus Mitteln der Hans-Böckler-Stiftung und mit Hilfe der Kooperationspartner ermöglicht. (Für die einzelnen Arbeitspakete sind diese in das Jahr 2003 fallenden Teile in der folgenden Übersicht 2 grau markiert).

Der Projektabschluss nach dem ersten Quartal 2006 wird somit eigenständig wertvolle Ergebnisse auf der Basis der bis Ende 2005 erhobenen Daten ermöglichen. Im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens wurde immer wieder darauf verwiesen, dass aufgrund seiner Einmaligkeit der gesamte Prozess auch als ein Lernverfahren angesehen werden muss. Daher ist es sinnvoll, bereits im ersten Quartal 2006 die Empirie des bis dahin vollzogenen Wandels unter dem Aspekt der Arbeits- und Leistungsqualität öffentlich verfügbar zu machen.

Eine sozialwissenschaftliche Längsschnittuntersuchung bis zum für den Einführungsprozess von DRG gesetzlich angestrebten Endzustand erfordert zweifellos, die Untersuchung über den Förderungszeitraum hinaus bis mindestens Mitte 2007 durchzuführen. Die dazu nötigen Arbeitsschritte sind in der Übersicht 2 nach dem Quartal I/06 ebenfalls grau markiert.

5.9 Arbeitspaket I: Pflegekräfte

Im Mittelpunkt dieses Arbeitspakets steht die mehrmalige schriftliche Erhebung der durch die DRG-Einführung bedingten Veränderungen für die bereits ausführlich dargestellten Dimensionen des pflegerischen Dienstleistungsprozess und seines Anteils am Umfang und der Qualität des Versorgungsgeschehens im Krankenhaus.

Bei den dabei genutzten Methoden handelt es sich um

- Bildung einer repräsentativen Befragungsstichprobe aus verschiedenen Teilstichproben (z.B. VER.DI, GEK, evtl. auch Pflegeverbände)
- mehrmalige schriftlich standardisierte Befragungen,
- strukturierte Gruppendiskussionen in bereits bestehenden Fokusgruppen von Pflegenden und
- Rückkoppelung der Ergebnisse in projekteigenen Workshops.

5.10 Arbeitspaket II: KrankenhausärztInnen

Im Mittelpunkt dieses Arbeitspakets steht die mehrmalige schriftliche Erhebung der durch die DRG-Einführung bedingten Veränderungen für die unterschiedlichen Dimensionen des medizinisch-ärztlichen Dienstleistungsprozess und seines Anteils am Umfang und der Qualität des Versorgungsgeschehens im Krankenhaus.

Bei den dafür wichtigsten Methoden handelt es sich um

- Entwicklung eines Erhebungsinstruments mit Hilfe von ärztlichen Fokusgruppen
- schriftlicher Pretest des entwickelten Fragebogens
- Aufbau einer repräsentativen Befragungsstichprobe von KrankenhausärztInnen in Hessen
- mehrmalige schriftlich standardisierte Befragungen,
- strukturierte Gruppendiskussionen in bereits bestehenden Fokusgruppen von Krankenhaus ärztInnen und
- Rückkoppelung der Ergebnisse in projekteigenen Workshops.

5.11 Arbeitspaket III: Fallstudien zu institutionellen Anpassungsprozessen, Interaktionen und Kooperationen zwischen Pflegenden und ÄrztInnen in ausgewählten Krankenhäusern

Arbeitspaket III zielt theoretisch auf die Identifikation und Rekonstruktion von institutionellen Anpassungsprozessen ganzer Krankenhäuser und auf sich ändernde Interaktions-, Kooperations- und Arbeitsteilungsprozesse unter DRG-Bedingungen. Dies umfasst u.a. die Frage, ob es sich um ein relativ einheitliches Anpassungsgeschehen handelt oder ob sich unter formal identischen Bedingungen unterschiedliche Ergebnisse finden lassen. Durch die Berücksichtigung der Wahrnehmungen, Aktivitäten, Erfahrungen und Bewertung aller relevanter Akteure in einzelnen Krankenhäusern lässt sich außerdem rekonstruieren wie es zu den jeweiligen organisatorischen Arrangements kam und welche Freiheitsgrade es dabei gibt.

Bei den dafür wichtigsten Methoden handelt es sich um

- Gewinnung und Vorbereitung von vier bis sechs Krankenhäusern mit möglichst repräsentativer Größen- oder Trägerstruktur
- Fallstudien zu den dortigen Veränderungs- und Anpassungsprozessen durch ein- oder mehrmalige qualitative Interviews mit den zentralen Akteuren dieser Krankenhäuser aus Pflege, Ärzteschaft und Verwaltung
- Dokumentenanalysen
- Expertengespräche über die Hauptergebnisse der Fallstudien,
- strukturierte Gruppendiskussionen über Arbeitsergebnisse in den Fokusgruppen von Pflegenden und KrankenhausärztInnen
- punktuell Präsentation von speziellen Teilergebnissen in dafür kompetenten Gruppen (z.B. Auswirkungen der DRG-Einführung auf die poststationäre Behandlung und die niedergelassenen Ärzte).

Literatur

- Aiken, L. et al. (2001): Nurses Reports on Hospitals Care in five Countries. In: Health Affairs. Vol. 20 (3), S. 43-53.
- Arend, A.J.G.v.d. (1998): Pflegeethik (Eine Einführung). München: Urban und Fischer.
- Arndt, M. (1996): Ethik denken. Maßstäbe zum Handeln in der Pflege. Stuttgart: Thieme.
- Badura, B. / Feuerstein, G. / Schott, T. (1993): System Krankenhaus. Arbeit, Technik und Patientenorientierung. Weinheim: Juventa.
- Bartholomeyczik, S. et al. (1993): Arbeitssituation und Arbeitsbelastungen beim Pflegepersonal im Krankenhaus. In: Badura, B. / Feuerstein, G. / Schott, T. (Hg.): System Krankenhaus. Arbeit, Technik und Patientenorientierung. Weinheim: Juventa, S. 83-99.
- Bauch, J. (2000): Medizinsoziologie (Lehr- und Handbücher der Soziologie). München: Oldenbourg.
- Benner, P. / Tanner, C.A. / Chesia, C.A. (2000): Pflegeexperten. Pflegekompetenz, klinisches Wissen und alltägliche Ethik. Bern: Huber.
- Buck, R.A.J. / Vitt, K.D. (1996): Pflege vor neuen Aufgaben. Arbeitsplatz Krankenhaus. Stuttgart: Thieme.
- Büssing, A. (Hg.) (1997): Von der funktionalen zur ganzheitlichen Pflege. Reorganisation von Dienstleistungen im Krankenhaus. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Chambliss, D.F. (1996): Beyond Caring: Hospitals, Nurses, and the Social Organisation of Ethics. Chicago: University of Chicago Press.
- Dörner, K. (2001): Der gute Arzt. Lehrbuch der ärztlichen Grundhaltung. Stuttgart: Schattauer.
- Elkeles, T. (1988): Arbeitsorganisation in der Krankenpflege. Zur Kritik an der Funktionspflege. Köln: Pahl-Rugenstein.
- Festinger, L. (1978): Theorie der kognitiven Dissonanz. (Hg. von Irle, M. / Möntmann, V.). Bern: Huber.
- Göbel, M. / Friesdorf, W.- (2002): Das Krankenhaus als virtuelles Unternehmen? In: Dokumentation zum 48. Kongress der Gesellschaft für Arbeitswissenschaft vom 20.-22. Februar 2002 in Linz. Dortmund: Eigendruck, S. 43-47.
- Grahmann, R. / Gutwetter, A. (1996): Konflikte im Krankenhaus. Ihre Ursachen und ihre Bewältigung im pflegerischen und ärztlichen Alltag. Bern: Huber.
- Gratias, R. (2002): Prozess-, Case- und Coach-Management. DRGs erfolgreich bewältigen. In: BALK-Info. Oktober-Heft, S. 15-17.
- Hasselhorn, H.-M., Tackenberg, P. Müller, B.H. (2003): Vorzeitiger Berufsausstieg aus der Pflege in Deutschland als zunehmendes Problem für den Gesundheitsdienst. In: Das Gesundheitswesen, Heft 1, S. 40-46.
- Haubrock, M. / Schär, W. (2002): Betriebswirtschaft und Management im Krankenhaus. 3. überarb. Auflage. Bern: Huber.
- Herschbach, P. (1993): Arbeitssituation und Arbeitsbelastungen bei Ärzten und Ärztinnen im Krankenhaus. In: Badura, B. / Feuerstein, G. / Schott, T. (Hg.): System Krankenhaus. Arbeit, Technik und Patientenorientierung. Weinheim: Juventa, S. 122-136.

- Hoffmann, E.-O. 2002, Wettbewerb und Patientenrechte in der stationären Versorgung unter DRGs, Arbeit und Sozialpolitik 11/2002: 32-38
- Hunstein, D. / Bartholomeyczik, S. (2001): DRGs und Pflege. In: Mabase Nr. 130, S. 24-26.
- Jeschke, H. / Dern, W. (Hg.) (1992): Der Krankenpflegeberuf. Stuttgart: Thieme.
- Kersting, K. (2002): Berufsbildung zwischen Anspruch und Wirklichkeit. Eine Studie zur moralischen Desensibilisierung. Bern: Huber
- Krüger, W. (1984): Professionalisierung. In: Kerber, H. / Schmieder, A. (Hg.): Handbuch Soziologie. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, S. 452-456.
- Kuhlmann, E. (1998): Zwischen zwei Mahlsteinen - Ergebnisse einer empirischen Studie zur Verteilung knapper medizinischer Ressourcen in ausgewählten klinischen Settings. In: Feuerstein, G. / Kuhlmann, E. (Hg.): Rationierung im Gesundheitswesen. Wiesbaden: Ullstein Medical, S. 11-80.
- Kühn, H. (1996): Ethische Probleme einer ökonomisch rationierten Medizin. Diskussion Paper P96-207. Berlin: Wissenschaftszentrum
- Kühn, H. 2002, Arzt-Patient-Beziehung und die ökonomische Steuerung des Arztverhaltens, in: Meißel, T./ Eichberger, G. (Hg.), Perspektiven einer künftigen Psychiatrie, Linz (edition promente): 77-101
- Kühn, H., „Pecunary Issues in Medical Services: Ethical Aspects“, in: International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences, Vol. 16, Paris, New York: Elsevier 2001, pp. 11171-76
- Kühn, Hagen/ Simon, Michael (2001): Anpassungsprozesse der Krankenhäuser an die prospektive Finanzierung (Budgets, Fallpauschalen) und ihre Auswirkungen auf die Patientenorientierung, Forschungsprojekt des Berliner Forschungsverbundes Public Health, gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (Förderkennzeichen: 01 EG 9525/8), durchgeführt von der Arbeitsgruppe Public Health am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung Bearbeitung: Abschlussbericht, Mai 2001
- Lax, M.B. (1999): Vielfache Chemikalien-Unverträglichkeiten. Die soziale Konstruktion einer Krankheit. In: Jahrbuch für Kritische Medizin 31. Hamburg: Argument, S. 87-102.
- Lohr, K.N. (Ed.) 1990, Medicare: A Strategy for Quality Assurance, Vol. I, Washington, D.C. (National Academy Press)
- Lorenz, A. (2000): Abgrenzen oder zusammen arbeiten? Krankenpflege und ärztliche Profession. Frankfurt a.M.: Mabase.
- Müller, B. (2000): Arbeitsbedingungen und Belastungen im Krankenhaus. In: Teske, U. / Witte, B. (Hg.): Prävention arbeitsbedingter Erkrankungen. Band 1. Hamburg: VSA, S. 109-161.
- Müller, B. / Münch, E. / Badura, B. (1997): Gesundheitsförderliche Organisationsgestaltung im Krankenhaus. Weinheim: Juventa.
- Neuberger, O. (1995): Mikropolitik. Der alltägliche Aufbau und Einsatz von Macht in Organisationen. Stuttgart: Enke.
- Nickel, S. / Trojan, A. / Oppolzer, A. (2002): Kombinierte Mitarbeiter- und Patientenbefragung. Hamburg: Institut für Medizinsoziologie (unveröffentlichtes Manuskript).
- OECD-Gesundheitsdaten (2002): Vergleichende Daten aus 30 Ländern. Version auf CD-ROM.
- Peer, S. et al. (2002): DRG und Pflege - die Zeit läuft. In: Die Schwester / Der Pfleger. Jg. 41 (8), S. 678-682.
- Peters, J. (2003): DRGs aus der Sicht der Pflege. Notwendigkeit und Grenzen eines Pflegefaktors. Stuttgart: Kohlhammer.

- Rohde, J.J. (1962): Soziologie des Krankenhauses. Zur Einführung in die Soziologie der Medizin. Stuttgart: Ferdinand Enke.
- Schaeffer, D. (2002): Ambulante Schwerkrankenpflege. In: Schaeffer, D. / Ewers, M. (Hg.): Ambulant vor stationär. Bern: Huber, S. 17-44.
- Schnell, M. (Hg.) (2002): Pflege und Philosophie. Interdisziplinäre Studien über den bedürftigen Menschen. Bern: Huber.
- Siebeneick, S. et al. (2001): Parallelisierte Personal- und Patientenbefragung. In: Satzinger, W. et al. (Hg.): Patientenbefragungen in Krankenhäusern. St. Augustin: Asgard, S. 325-335.
- Siegrist, J. (1995): Medizinische Soziologie. 5. Aufl. München: Urban und Schwarzenberg.
- Simon, M. (2001): Die Ökonomisierung des Krankenhauses. Der wachsende Einfluss ökonomischer Ziele auf patientenbezogene Entscheidungen. WZB-Paper P01-205, Berlin: Wissenschaftszentrum.
- Statistisches Bundesamt (Hg.) (2002): Datenreport 2002. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung.
- Stratmeyer, P. (2002): Das patientenorientierte Krankenhaus. Eine Einführung in das System Krankenhaus und die Perspektiven für die Kooperation zwischen Pflege und Medizin. Weinheim: Juventa.
- Thomssen, W. (1980): Deutungsmuster. In: Weymann, A. (Hg.): Handbuch für die Soziologie der Weiterbildung. Darmstadt: Luchterhand, S. 358-373.
- Uexküll, T.v. (Hg.) (1990): Psychosomatische Medizin. München: Urban und Schwarzenberg.
- Willenborg, E. (2001): Clinical Pathways im Pflegemanagement. Analyse und exemplarische Entwicklung von fallbezogenen Pflegestandards unter Leistungs- und Qualitätsaspekten (Diplomarbeit). Osnabrück: Fachbereich Gesundheitspflege an der katholischen Fachhochschule.